

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## Conditions générales :

- Le cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.
- Le cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.
- La validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.
- L'entente préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, extractions multiples, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi que pour tous les actes effectués en série.
- En cas d'accident, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de soins.

## Pharmacie :

- Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.
- Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## Radiologie et Biologie :

- La facture ainsi qu'une copie des résultats des analyses ou du compte rendu (sous pli confidentiel) doivent être jointes à l'ordonnance médicale pour toute demande de remboursement.
- Un pli confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la mutuelle.

## Optique :

- L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## Rééducation :

- L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducations.
- Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

## Dentaire :

- En cas de prothèses ou de traitement canalaires, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début de traitement.
- La facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.
- La radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaires.

## Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

## Adresses Mails utiles

- Réclamation : contact@mupras.com  
 Prise en charge : pec@mupras.com  
 Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

MUPRAS : Centre Aljal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

# MUPRAS

Mutuelle de Prévoyance  
& d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

## DECLARATION DE MELADE

N° W21-801179

175663

Omar

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : <u>09392</u>	Société : <u>R. A. M.</u>		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	<u>Retraite</u>
Nom & Prénom : <u>BAGASSE Mihawel</u>			
Date de naissance : <u>25-11-52</u>			
Adresse : <u>Marrakech - Res. 2 Terra</u>			
No : <u>15</u> Cuite 3			
Tél. : <u>0600770653</u>	Total des frais engagés : <u>440,00</u> Dhs		

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : <u>11-05-24</u>			
Nom et prénom du malade : <u>BIHNOUFEN Hafida</u> Age : <u>60 ans</u>			
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input checked="" type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : <u>Dermatosse</u>			
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :			
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.			

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Marrakech Le : 20-1-23

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT	
Déclaration de maladie N° W21-801179	
Remplissez ce volet, découpez le et conservez le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.	
Coupon à conserver par l'adhérent(e).	
Matricule :	
Nom de l'adhérent(e) :	
Total des frais engagés :	
Date de dépôt :	

## **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
03/10/123	C.S	1	300	INP : 071183651 Dr. Raphaël Dernier Dermatologue
03/10/123	C.T	1	G.T	Dr. Raphaël Dernier Dermatologue

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie de l'Aéroport de Marrakech Terminal 1 Aéroport Marrakech Tél / Fax (+212) 05 24 44 00 00	Menai 08/07/2023	₾ 140,00 ₾

## **ANALYSES - RADIOPHARMACIES**

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

## VOLET ADHERENT

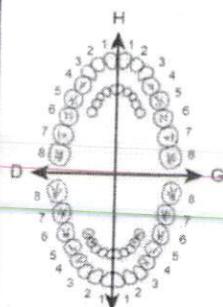
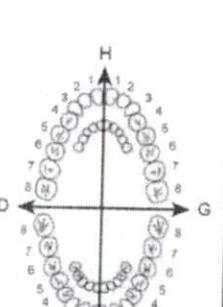
\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

## **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIBES**

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins

**Important:**

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000 D 00000000 35533411	21433552 00000000 G 00000000 11433553	B	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DIÉMIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTENDU A LA FIN DE LA CONSULTATION

Mme BAGASSE HAFIDA

03/023

ORDONNANCE

37,80 1 - EFFICORTE LIPOPHILE CREME

2 APPLICATIONS/JOUR PENDANT 10 JOURS PUIS LE SOIR  
PENDANT 10 JOURS PUIS 1 SOIR/2

28,80 2 - VITANEVRYL FORT

CP 3 FOIS/JOUR -1 MOIS

73,40 3 - ERLUS CP

1 CP/JOUR -1 MOIS le soir

4 - ATODERM HUILE DE DOUCHE

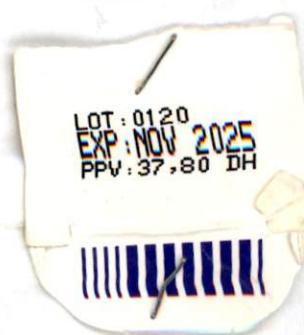
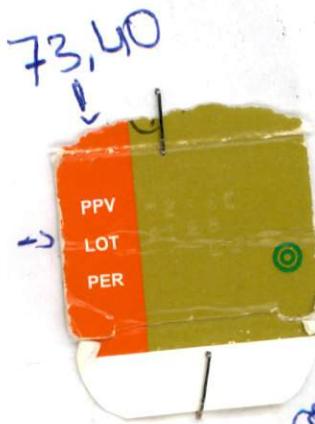
AVEC RINCAGE

5 - FLOXIA LAIT HYDRATANT ECLAIRCISSANT

~~Pharmacie de l'Aéroport de Marrakech~~  
~~Tél / Fax : (+212) 05 24 43 00 38~~  
~~e-mail : ph.delaeroport.marrakech@yahoo.fr~~

1 mois

دكتورة رجاء العمارadi  
Dr. Rajaa Eloumari  
Imm. Ennakhil 3, Appt. B-1 Rue Roda Guéliz  
Marrakech - Tel : 05 24 43 83 28 - Gsm : 06 13 70 61 09



**Dr. Rajaa Elouarradi**

- Maladies de la Peau, cheveux et ongles
- Maladies vénériennes
- Allergologie
- Chirurgie de la peau
- Médecine Esthétique
- Dermatologie pédiatrique
- Traitement laser

Mme BAGASSE HAFIDA

**الدكتورة الورادي رجاء**

- اختصاصية في أمراض الجلد والشعر والأظافر
- الأمراض التناسلية
- حساسية الجلد
- جراحة الجلد
- طب التجميل
- طب الجلد عند الأطفال
- العلاج بالليزر

03/07/2023

**FACTURE**

#	Élément	Montant
1	Consultation	300 MAD
Total		300 MAD

الدكتورة الورادي رجاء  
 Dr. Rajaa Elouarradi  
 Cabinet Dermatologue  
 Imm. Ennakhil 3, Appt . B -1 Rue Roda Guéliz -Marrakech  
 عمارة النخيل 3، شقة ب-1 شارع الروضة كلبيز - مراكش  
 Tel/Fax :05 24 43 83 29 ☎ 06 13 70 61 09 ✉ rajaaelourradi@gmail.com